

HISTORIAL DE SALUD MATERNA — Parte A
(Ver instrucciones)

1. Apellido		Nombre		IM	
2. Número de paciente					
3. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)					
		Mes	Día	Año	
4. Raza <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco					
5. Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano cubano <input type="checkbox"/> Hispano mexicano-americano <input type="checkbox"/> Otro hispano <input type="checkbox"/> Hispano puertorriqueño <input type="checkbox"/> No es hispano/latino <input type="checkbox"/> No reportado					
6. Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					
7. Condado de residencia					

Edad	Educación	Religión	Estado civil
Ocupación			
Dirección			
Teléfono (Hogar)		(Celular)	
(Trabajo)			
Contacto de emergencia:			
Parentesco:		Teléfono (Hogar)	
(Trabajo)		(Celular)	

Fecha probable de parto, final _____	Para el historial de Genética/Teratología, Infección/Vacunación, consulte el formulario DHHS # 4156; Historial psicosocial inicial, Formularios DHHS # 4158 o 4159; Nutrición, formularios DHHS # 4161 o 4162.
A ser determinada por el proveedor	

Alergias/reacción a medicamentos Ninguna conocida Penicilina Otros _____ **Alergia al látex** Sí No

HISTORIAL DE MENSTRUACIÓN	Edad de menarquia	Frecuencia	Duración en días	Cantidad	UPMN _____ Describe: UPM _____ Describe:
---------------------------	-------------------	------------	------------------	----------	---

HISTORIAL CONTRACEPTIVO <input type="checkbox"/> Nunca ha usado <input type="checkbox"/> Ha usado: <input type="checkbox"/> Píldora <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Anillo vaginal <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Inyección Depo-Provera® <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Última fecha de utilización _____	Método anticonceptivo futuro _____ Desea una ligadura de trompas bilateral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Si su respuesta es afirmativa – Remisión hecha el _____ Fecha de firma del consentimiento _____ Fuente de financiación _____
---	---

HISTORIAL OBSTÉTRICO	Gravidez	A término	Prematuro	Aborto		Nacimientos Múltiples	Ectópico	Vivos
				Espontáneo:	Inducido:			

No.	Mes/Año	Sexo	Peso al nacer	Semanas de gestación	Horas en trabajo de parto	Anestesia	Tipo de parto	Complicaciones preparto, intraparto, posparto (incl. parto prematuro)
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

HISTORIAL SEXUAL Edad de la primera relación sexual _____ Historial de relaciones sexuales forzadas Sí No

Número de compañeros durante su vida _____ Número de compañeros actuales _____ El padre del bebé (PDB) actual difiere de otro PDB Sí No
 N/A

Historial (ver instrucciones)		Documento hallazgos positivos, incluya fechas y tratamientos en la sección de comentarios					
Historial del paciente únicamente:	Paciente	Comentarios	Historial del paciente y familia únicamente:	Paciente	Familia	Comentarios	
1. Anemia			14. Hipertensión				
2. Operaciones / hospitalizaciones			15. Diabetes / diabetes gestacional				
3. Trastornos gastrointestinales			16. Trastornos cardíacos / fiebre reumática				
4. Trastornos de la alimentación / dietas especiales / pica			17. Trastornos endocrinos / tiroides				
5. Flebitis/varices			18. Trastornos neurológicos / convulsiones				
6. Problemas dentales			19. Trastornos ginecológicos				
7. Transfusiones de sangre			20. Nacimientos múltiples				
8. Vacuna contra Td / Tdap en los últimos 10 años			21. Cáncer				
9. (Historial de) Varicela			Historial del paciente, familia y padre del bebé únicamente:	Paciente	Familia	Padre del bebé	Comentarios
10. Medicamentos recetados / de venta libre			22. Accidentes/trauma físico				
11. Remedios caseros / Hierbas			23. Trastornos pulmonares / tuberculosis				
12. Trastornos / infecciones de las vías urinarias			24. Trastornos del hígado / hepatitis (A, B, C)				
13. Historial desde el último período menstrual (enfermedad, medicamentos, etc.)			25. Trastornos psiquiátricos/depresión				

26. Marque cualquiera de las siguientes sustancias que esté usando ahora o que haya utilizado en el último año

Ahora: Alcohol Marihuana Cocaína/Cocaína crack Heroína Drogas intravenosas Medicamentos recetados Ninguna Otra _____

Último año: Alcohol Marihuana Cocaína/Cocaína crack Heroína Drogas intravenosas Medicamentos recetados Ninguna Otra _____

27. Marque cualquiera de las siguientes sustancias que su pareja este usando ahora o que haya utilizado en el último año

Ahora: Alcohol Marihuana Cocaína/Cocaína crack Heroína Drogas intravenosas Medicamentos recetados Ninguna Otra

Último año: Alcohol Marihuana Cocaína/Cocaína crack Heroína Drogas intravenosas Medicamentos recetados Ninguna Otra

Comentarios/Notas:

Firma: _____ Fecha: _____

Utilización de intérprete N/A No Sí Nombre del intérprete _____

HISTORIAL DE SALUD MATERNA — PARTE A

Instrucciones

Propósito: Evaluar y documentar el historial médico de alergias, obstetricia, menstruación, anticoncepción, sexual, médico y familiar del paciente.

Instrucciones: Consulte el enlace <https://wicws.dph.ncdhhs.gov/provpart/forms.htm> para obtener una lista de definiciones relacionadas con este formulario, utilícelo según sea necesario.

Este formulario debe ser completado por el personal apropiado y revisado por el proveedor clínico. Utilice los códigos aprobados por la política de la agencia. Este formulario no es obligatorio y se puede utilizar a discreción del departamento de salud.

Disposiciones: Este formulario debe conservarse de acuerdo con el calendario de disposición de registros para expedientes médicos, emitido por la División de Archivos e Historia.

Ubicación: Visite el siguiente enlace para acceder a este formulario e imprimirlo según lo requiera:
<https://wicws.dph.ncdhhs.gov/provpart/forms.htm>